FORMATION MÉDICALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE BILAN MI-ÉTAPE D'UNE EXPÉRIENCE DANS LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

Édith St-Hilaire
Responsable du dossier de la prévention du suicide
Louise Beaudry, md
Yvan Mathieu, md

Direction de santé publique
Régie régionale de la Chaudière-Appalaches

Juillet 2003

106-01736/

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2003

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Document déposé à Santécom (http://www.santecom.qc.ca) : 12-2003-011

ISBN 2-89548-152-0

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2003
Bibliothèque nationale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1. ORIGINE DU PROJET 2

2. ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION AUPRÈS DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE LA RÉGION 5

3. LE DÉVELOPPEMENT DES OUTILS ET LES ÉTAPES PRÉALABLES À LA TOURNÉE DES MÉDECINS 7

4. LA TOURNÉE DE FORMATION MÉDICALE AUPRÈS DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE LA RÉGION 8

5. BILAN MI-ÉTAPE 9

6. PROCHAINES ÉTAPES 11

CONCLUSION 12

ANNEXES :

A) Lettre acheminée aux médecins omnipraticiens de la région 19

B) Carte de la région de la Chaudière-Appalaches 23

C) Analyse des besoins de formation des omnipraticiens 27

D) Grilles du risque et urgence suicidaires 33

E) Présentation Power Point de la formation 39

F) Table des matières du document de formation médicale 49

G) Plan de la rencontre avec l'accueil des CLSC 53

H) Tableau-synthèse des évaluations de la formation 57

I) Lettre aux médecins concernant l'outil sur les armes à feu 61

INTRODUCTION

Le présent rapport vise à décrire l'expérience vécue en Chaudière-Appalaches en regard d'une formation en prévention du suicide à l'intention des médecins omnipraticiens. L'objectif de cette formation étant d'améliorer le dépistage, par les médecins, des personnes à risque suicidaire qui consultent en omnipratique. Ce document se veut davantage un rapport d'étape exposant la démarche que nous avons favorisée pour atteindre cet objectif ambitieux de former l'ensemble des omnipraticiens de la région.

Près de deux ans après l'initiative du projet, la réalisation d'un bilan mi-étape s'est avérée nécessaire afin de faire le point sur l'expérience en cours. Le présent rapport origine de ce bilan. Les trois premiers chapitres présenteront l'initiation du projet, l'analyse des besoins de formation ainsi que les outils développés et les étapes préalables à la formation. Le chapitre 4 traitera de la tournée de formation médicale en tant que tel et le chapitre 5, du bilan mi-étape. Enfin, les étapes à venir seront présentées au chapitre 6. Afin de compléter l'information transmise, l'ensemble des documents produits est présenté en annexe.

Espérant que les informations contenues dans le présent document permettront au lecteur de mieux connaître notre projet de formation médicale en prévention du suicide et d'avoir un aperçu de sa mise en œuvre en Chaudière-Appalaches.

1. ORIGINE DU PROJET

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches a adopté en 1997 un Plan d'action global pour prévenir le suicide dans la région de la Chaudière-Appalaches. Un des objectifs poursuivis consiste à améliorer la continuité des services.

Constatant qu'un grand nombre de personnes décédées par suicide avaient consulté un médecin avant leur geste, il est apparu essentiel de sensibiliser cet acteur-clé à l'importance du rôle qu'il peut jouer dans le dépistage, le suivi et la référence de patients suicidaires.

Devant l'ampleur de la tâche, une lettre a été acheminée aux médecins omnipraticiens pratiquant dans la région de la Chaudière-Appalaches, soit environ 360 médecins. Cette offre de services donnait la possibilité de travailler au dossier de la prévention du suicide à la Direction de santé publique (Annexe A). Il nous apparaissait évident que personne n'était mieux placé qu'un médecin pour accomplir cette tâche, tant au niveau de la connaissance de la pratique médicale qu'au plan de la crédibilité que cela octroie à la démarche. De plus, nous étions convaincus que cette lettre représentait un premier pas dans la sensibilisation des médecins face à cette problématique, en spécifiant la position du directeur de santé publique face au rôle majeur des médecins dans la prévention du suicide.

Deux médecins furent retenus parmi les quelques candidats intéressés, l'un pratiquant en CLSC sur le Littoral et l'autre en clinique privée, dans la Beauce. Leur expérience clinique leur permettait de bien saisir les difficultés inhérentes au dépistage, suivi et référence des patients suicidaires. De plus, leur appartenance géographique respective facilitait la répartition de la région, compte tenu de son étendue importante (Annexe B). La direction de santé publique s'est donc prévalue d'une entente existant avec la FMOQ et le MSSS permettant d'allouer à des médecins jusqu'à un maximum de 300 heures de travail par année pour la Régie régionale de la santé et des services sociaux (article 5.04).

Une première rencontre du comité de travail eut lieu le 21 février 2001. Le comité est ainsi composé de la responsable du dossier de la prévention du suicide à la Direction de santé publique et des deux médecins retenus.

Les premières rencontres visaient une appropriation de la problématique et de la situation dans la région de la Chaudière-Appalaches. Ainsi, les documents et outils suivants ont été examinés :

- Stratégie Québécoise d'action face au suicide;
- Plan d'action global pour prévenir le suicide dans la région de la Chaudière-Appalaches;
- Pochette de presse de la Semaine de prévention du suicide 2001 (Conférence de presse portant sur notre programme de formation de Sentinelles dans les milieux de travail);
- Divers articles de journaux et de revues médicales;
- Rapport du coroner sur les suicides survenus en 1996 au Québec;
- Résumé d'un atelier de André Gagnon, Alain Millette et Marie-Josée Ladora sur la formation des omnipraticiens (Congrès international de la francophonie en prévention du suicide, Québec, avril 2000);
- Informations sur le projet d'évaluation du programme de prévention du suicide s'adressant aux médecins généralistes en Montérégie (Préville, 2000);
- Demandes d'aide des hommes (Dulac, 1997);
- Intervenir auprès des clientèles masculines (Dulac, 1999).

Outils développés dans notre région :

- Vidéocassette sur le suicide chez les hommes (fait partie de notre programme de formation de Sentinelles);
- Guide d'intervention en prévention du suicide;
- Protocole d'entente inter-établissements pour les MRC de Beauce-Etchemin;
- Synthèse du Groupe de travail sur la prévention du suicide chez les jeunes en difficulté.

Après six réunions, le Comité de travail a rencontré le Comité régional de prévention du suicide, formé des responsables de la prévention du suicide de chacun des CLSC de la région. L'objectif de cette rencontre était de présenter l'état de nos réflexions (voir l'encadré de la page suivante) ainsi qu'une première ébauche du document de formation médicale et d'une grille d'évaluation du risque et de l'urgence adaptée à la pratique médicale.

Les commentaires recueillis lors de cette rencontre avec le Comité régional de prévention du suicide nous ont validés dans notre démarche et ont permis de bien camper nos orientations.

RINCIPAUX ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION DU COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA FORMATION DES OMNIPRATICIENS PRÉSENTÉS AU COMITÉ RÉGIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE LE 15 JUIN 2001

Objectifs

- Préparer un contenu de formation ainsi qu'un « outil » bien adaptés à la pratique médicale;
- Rencontrer tous les médecins omnipraticiens de la région (offrir des formations puis visiter ceux n'y ayant pas assisté);
- L'objectif de ces rencontres : vendre l'idée que c'est particulièrement important de dépister les patients à risque suicidaire et que le fait de les dépister n'alourdira pas nécessairement leur tâche grâce à la possibilité de les référer à l'accueil psychosocial du CLSC ou à Urgence-détresse au besoin;
- Encourager l'utilisation de la « prescription écrite » de suivi psychosocial (et trouver un code commun pour indiquer qu'il s'agit d'une problématique suicidaire).

Préalables

- Nous devons nous assurer du bon fonctionnement des services de crise avant de suggérer aux médecins de téléphoner à Urgence-Détresse en cas de besoin. Si les médecins n'obtiennent pas une réponse rapide, adéquate et utile, ils ne rappelleront plus;
- Il s'avère nécessaire de s'adapter à la réalité de chaque MRC (trajectoire de service).

Outils envisagés

- Le contenu de la formation devra être adaptable selon les besoins : formation d'environ 1 heure, rencontre d'une demi-heure avec quelques médecins, présentation de 15 minutes avec d'autres, etc.;
- Nous souhaitons développer un « outil » bien adapté à la pratique médicale : *Le Guide d'intervention en prévention du suicide* utilisé dans la région par l'ensemble des intervenants de première ligne, ne remplit pas cet objectif. Pour ce faire, nous envisageons de modifier les tableaux « En bref » dudit Guide.
- La grille d'évaluation utilisée dans le *Guide d'intervention en prévention du suicide* sera remodelée afin de ressembler davantage aux outils utilisés par les médecins. Elle sera dans « l'outil » et sera également remise aux médecins en format papier pour en faciliter l'utilisation (le médecin pourra l'ajouter au dossier);
- Concernant le Plan de formation, différentes pages et tableaux sont tirés du *Guide d'intervention*, entrecoupé d'informations de diverses sources. Nous pourrions en faire des acétates ainsi qu'une présentation semblable à celle des représentants pharmaceutiques;
- On s'est demandé si nous devions inclure des sections portant sur le suivi. Finalement, nous avons conclu que notre objectif n'est pas que les médecins soient tous aptes à effectuer le suivi, mais bien à ce qu'ils effectuent les diagnostics nécessaires et réfèrent au besoin. Nous pourrons toujours envisager une phase 2 pour les médecins intéressés;
- Nous remettrons également un résumé de la présentation pour les médecins intéressés à y référer.

Échéancier

- Nous tenterons de préparer le contenu et d'effectuer un test au cours de l'été afin d'être prêts à débuter les rencontres à l'automne.

2. ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION AUPRÈS DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE LA RÉGION

Au retour des vacances, soit en septembre 2001, nous avons entrepris d'effectuer une démarche d'évaluation des besoins de formation des médecins omnipraticiens de la région. Cette démarche voulait répondre à trois objectifs. Le premier étant d'effectuer un retour aux médecins en les informant des deux personnes retenues pour travailler sur ce dossier et leur indiquer les orientations retenues pour améliorer la prévention du suicide dans la région, soit une formation médicale.

Le second objectif consistait à recueillir leur perception de leurs besoins de formation et, par le fait même, les engager dans la démarche de formation continue. En effet, nous croyions que les inciter à réfléchir sur leur pratique, leurs connaissances, et leurs besoins allait permettre de les engager dans le processus d'amélioration des pratiques cliniques et faire en sorte qu'ils se sentent davantage impliqués dans l'étape suivante, soit la formation elle-même.

Enfin, un troisième objectif de cette démarche d'évaluation des besoins de formation, était de répondre à une exigence de la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) qui est d'évaluer les besoins des médecins en formation médicale continue pour obtenir la reconnaissance de crédits de catégorie 1. La catégorie 1 correspond à des crédits de qualité supérieure offrant des possibilités pour les participants de facturer leur temps de travail selon certaines modalités.

Ainsi, notre analyse de besoins de formation (Annexe C) a été acheminée aux 344 omnipraticiens[1] de la région à la mi-septembre 2001, en espérant un taux de réponse de 10 à 15 % (35 à 50 médecins).

À notre grande surprise, 124 questionnaires nous ont été retournés, ce qui correspond à un taux de réponse de 36 %. Une analyse sommaire des résultats nous a confirmé l'intérêt des médecins. Ainsi, 88 % d'entre eux considèrent qu'une telle formation est **souhaitable pour leur pratique**, et plus de 87% considèrent **important ou très important d'améliorer leurs connaissances** sur l'urgence suicidaire, le risque suicidaire, les moyens d'intervention, les implications légales lors d'un refus de coopérer, etc. (Annexe C).

---

[1] Nous avons exclu du total de 360 médecins présents dans la région, ceux qui ne pratiquent pas la médecine générale, dont les médecins en santé publique.

Les résultats de cette évaluation des besoins nous ont permis de fixer nos objectifs de formation. Nous avons ensuite présenté le contenu de notre formation à la FMOQ pour l'accréditation. Une fois la formation accréditée, il ne reste plus qu'à demander aux participants de compléter le questionnaire d'évaluation fourni par la FMOQ. Ceux-ci sont ensuite acheminés à la FMOQ qui se charge de comptabiliser les formations continues auxquelles chaque médecin participe.

3. LE DÉVELOPPEMENT DES OUTILS ET LES ÉTAPES PRÉALABLES À LA TOURNÉE DES MÉDECINS

Au cours des mois suivants, des outils conçus spécialement pour les médecins ont été développés, révisés, adaptés, peaufinés... Vous trouverez en annexe les grilles d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires (Annexe D), le montage Power point présenté aux médecins (Annexe E) ainsi que la table des matières du document de formation médicale (Annexe F).

Une première occasion s'est présentée en novembre 2001, alors qu'un des médecins-formateurs a été invité à donner une conférence d'une heure à l'intérieur d'une soirée de formation médicale réunissant 26 médecins de la région. L'expérience fut positive, toutefois, compte tenu des faibles taux de participation à ce type d'activité, il nous est apparu préférable de rejoindre les médecins dans leur milieu plutôt que de se restreindre à des formations où la participation est volontaire.

En février 2002, le projet et les outils ont été présentés à la Table des coordonnateurs Urgence-Détresse, réunissant les responsables Info-Santé/Urgence-Détresse[2] des onze CLSC et les responsables de la Centrale Info-Santé/Urgence-Détresse. Cette rencontre visait également à s'assurer d'une réponse adéquate aux médecins qui communiqueraient avec Urgence-détresse pour leurs patients suicidaires.

Lors de cette rencontre, il a été convenu que le médecin-formateur communique d'abord avec le coordonnateur Urgence-Détresse du CLSC qui organisera une rencontre avec les principaux intervenants concernés, notamment ceux du service d'accueil, évaluation et orientation. Cette rencontre est un préalable important afin de connaître leurs particularités (par exemple, liste d'attente, fonctionnement de l'accueil, etc.). Le lecteur intéressé trouvera à l'annexe G le plan de cette rencontre.

[2] En Chaudière-Appalaches, le service de crise 24/7 est assumé par Info-Santé Urgence-Détresse CLSC. Ce service est décentralisé dans chacun des CLSC le jour et basculé à la Centrale les soirs-nuits et fins de semaine, avec la disponibilité d'un intervenant de garde dans chaque MRC lorsqu'une intervention en face à face s'avère préférable.

4. LA TOURNÉE DE FORMATION MÉDICALE AUPRÈS DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE LA RÉGION

Après avoir rencontré des intervenants du service d'accueil du CLSC, les deux médecins-formateurs débutent leurs appels aux médecins de la MRC. Afin d'expérimenter la formation médicale en terrain connu, les deux médecins-formateurs ont débuté par la MRC où ils pratiquent. Le médecin-formateur s'adapte aux besoins des médecins contactés. Il peut ainsi offrir une rencontre d'une demi-heure ou un dîner-conférence. Dans ce dernier cas, un représentant pharmaceutique est invité à se joindre au groupe. Il fournit alors le lunch et le matériel informatique (canon et portable).

Ainsi, il s'avère rapidement essentiel pour les deux formateurs de s'adapter aux besoins particuliers des médecins qu'ils contactent. Plusieurs sont rencontrés par petits groupes dans une même clinique, alors que d'autres sont rencontrés individuellement. De plus, ils demeurent à l'affût des rencontres de CMDP des CLSC, qui leur offrent l'opportunité d'atteindre un plus grand nombre de médecins d'une même MRC simultanément.

Il est à noter également qu'il n'est pas toujours simple pour le médecin-formateur de faire concorder son horaire avec celles des médecins. De nombreuses contraintes existent dans chacun des milieux de travail et les médecins sont fortement sollicités pour des formations de toutes sortes.

5. BILAN MI-ÉTAPE

Après quelques mois et une bonne centaine d'appels, les deux formateurs ressentent le besoin de faire le point. Combien de médecins ont-ils rencontré jusqu'à présent? Globalement, quelle évaluation les participants ont-ils fait de la formation donnée? De plus, l'expérience de Chaudière-Appalaches semble intéresser d'autres régions du Québec. D'où l'initiative du présent rapport mi-étape.

D'abord, en ce qui a trait au travail des médecins-formateurs, leurs avis de service, selon l'entente entre la FMOQ et le MSSS (article 5.04) leur permettait d'investir chacun un maximum de 300 heures par année sur ce projet. Il s'avère qu'ils ont utilisé moins de 140 heures chacun la première année (en 2001) et moins de 120 heures chacun la deuxième année (en 2002). La première année ayant servi à s'approprier le contenu et développer les outils, et la seconde à débuter la tournée des médecins de la région.

Ainsi, entre les mois de février et décembre 2002, un des médecins-formateurs a rencontré 25 médecins dans 4 MRC différentes, principalement rurales. L'autre formateur a rencontré 40 médecins dans 3 MRC différentes, principalement rurales également. Lorsqu'on ajoute à ces nombres les 26 médecins ayant participé à la soirée de formation de novembre 2001, cela totalise 91 médecins sur un total d'environ 360 pratiquant dans la région, soit 25 % des médecins rencontrés en date de décembre 2002.

Il est à noter que quelques-uns des médecins contactés n'ont pas reçu la formation, le plus souvent pour des raisons de disponibilité, mais parfois par absence d'intérêt. Toutefois, nous évaluons ces refus à moins de 2 % des médecins contactés jusqu'à présent.

Évaluation de la formation

Au total, nous avons en main les questionnaires d'évaluation de la FMOQ de 66 médecins[3]. La compilation de ces résultats (Annexe H) nous indique que dans l'ensemble, la satisfaction des médecins est très bonne. En effet, pour les trois questions concernant la pertinence du programme (pertinence du sujet, des objectifs éducatifs et de la méthode éducative), la grande majorité a répondu

[3] Cela exclut les médecins présents à la soirée de formation de novembre 2001, puisque les organisateurs de la soirée ont conservé les questionnaires d'évaluation des trois conférences.

« excellent », quelques médecins ont répondu « bon » et on dénombre seulement deux cotes « passable ».

Dans la section « Sujet et conférencier » également la très grande majorité des participants a choisi les cotes « excellent » ou « bon »; on dénombre entre 1 et 3 cotes « passable » et une cote « mauvais » au sujet de la suffisance de l'interaction.

Enfin, pour la section « logistique », l'ensemble des participants a opté pour « excellent » ou « bon ».

En conclusion, l'expérience vécue par les deux formateurs et les questionnaires d'évaluation complétés par les participants nous indiquent que cette formation est appréciée. Son contenu et sa forme semblent adéquats et appropriés à la pratique médicale.

6. PROCHAINES ÉTAPES

Heureusement, leurs avis de service selon l'entente avec la FMOQ et le MSSS permettant aux deux médecins-formateurs de travailler un maximum de 300 heures par année sur ce projet, ont été renouvelés pour l'année 2003. Nous espérons parvenir à finaliser la tournée des médecins d'ici la fin de l'année. Il n'est pas exclu d'envisager une phase 2, qui pourrait aborder le suivi des patients suicidaires ou encore chercher à affiner les liens entre les médecins des urgences des centres hospitaliers, les départements de psychiatrie et les médecins omnipraticiens.

Récemment, nous avons profité de la Semaine de prévention du suicide pour effectuer un rappel aux médecins de la région sur la démarche en cours. L'outil développé par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a été acheminé à l'ensemble des omnipraticiens de la région, accompagné d'une lettre rappelant la tournée de formation médicale en cours (Annexe I).

CONCLUSION

Nous avons tenté par ce projet, de sensibiliser et de former les médecins omnipraticiens de notre région au rôle majeur qu'ils sont appelés à jouer dans la problématique du suicide. Nous croyons que ce projet nous permet d'atteindre cet objectif à l'aide d'un minimum de moyens. Malheureusement, aucun projet de recherche n'est prévu pour évaluer l'impact de nos actions, toutefois les médecins rencontrés se disent satisfaits de cette formation et plus de 91 % d'entre eux ont répondu « excellent » ou « bon » à la question de l'effet de cette présentation sur leur pratique.

Le présent rapport mi-étape nous a été utile pour faire le point et nous donner de la perspective. Nous espérons qu'il aura permis au lecteur de mieux connaître ce projet et d'avoir un aperçu de son processus.

En somme, la première année de travail des médecins-formateurs a permis de prendre connaissance avec la problématique et d'élaborer des outils adaptés à la pratique médicale. Au cours de la seconde année, après avoir assuré l'arrimage avec les services existants, les formateurs ont rencontré 25 % des médecins pratiquant dans la région pour leur offrir la formation médicale en prévention du suicide. À ce jour, nous avons confiance de parvenir à boucler la tournée des médecins de la région d'ici la fin de l'année, ce qui signifie que l'objectif de former l'ensemble des médecins de la région serait atteint au terme de la troisième année du projet.

ANNEXE A

Lettre acheminée aux médecins omnipraticiens de la région

Le 4 janvier 2001

AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS
RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

Le suicide est un problème majeur de santé publique au Québec. Il constitue la première cause de décès chez les hommes de 20 à 39 ans et la deuxième cause de mortalité prématurée dans la population générale. La région de la Chaudière-Appalaches se distingue par son taux de suicide supérieur à la moyenne provinciale et la constante augmentation de celui-ci depuis plusieurs années. Pour toutes ces raisons, cette problématique constitue une priorité pour la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région Chaudière-Appalaches.

Tel que démontré dans le rapport du coroner sur les décès par suicide survenus au Québec entre le 1er janvier et le 31 décembre 1996 ainsi que dans un article récent du Canadian Family Physician (novembre 1999) :

- entre 50 et 76% des personnes qui se suicident avaient consulté un médecin omnipraticien au cours du mois précédant leur décès;
- la moitié des personnes décédées par suicide avaient des troubles psychiatriques;
- **les médecins omnipraticiens sont des acteurs-clés dans la prévention du suicide**

Afin d'aider à développer une stratégie simple et efficace pour rejoindre et soutenir les omnipraticiens de la région, la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPE) **recherche la collaboration d'un médecin omnipraticien de la région.**

Les modalités de rémunération seront à préciser selon vos disponibilités. Il pourrait s'agir d'un maximum de trente (30) jours, à tarif horaire, à l'intérieur de trois (3) mois consécutifs ou encore d'un maximum de 300 heures à tarif horaire réparties sur une année. Cette collaboration pourrait débuter dès le mois de janvier 2001.

Il s'agit d'une occasion exceptionnelle de contribuer à la prévention du suicide dans la région de la Chaudière-Appalaches en mettant à profit vos connaissances et votre expérience clinique.

Si ce projet vous intéresse, vous n'avez qu'à communiquer avec le soussigné, au numéro de téléphone (418) 386-3546.

Le directeur de la santé publique, de
la planification et de l'évaluation,

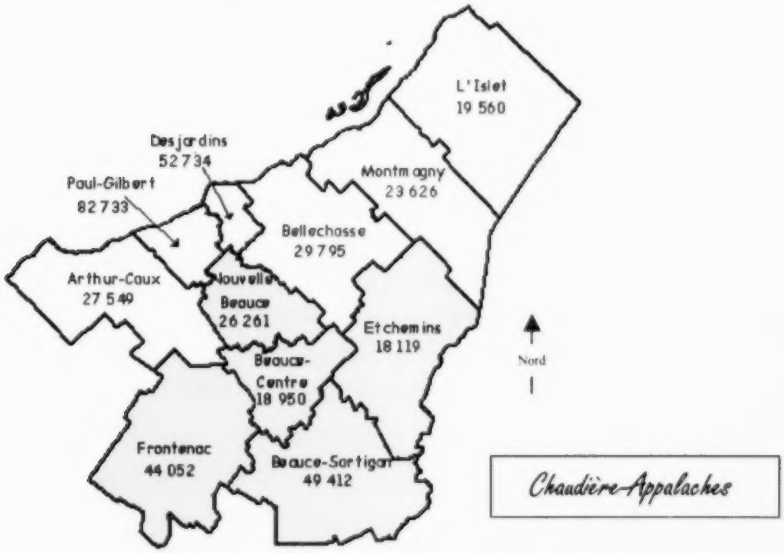
Philippe Lessard

PL/dbg

ANNEXE B

Carte de la région de la Chaudière-Appalaches

Figure 1
Perspectives de population selon les territoires de CLSC
Chaudière-Appalaches, 2002



Note : **Afin de faciliter la lecture, le nom des territoires de CLSC a été abrégé. Un tableau de correspondance est toutefois joint à ce document.**

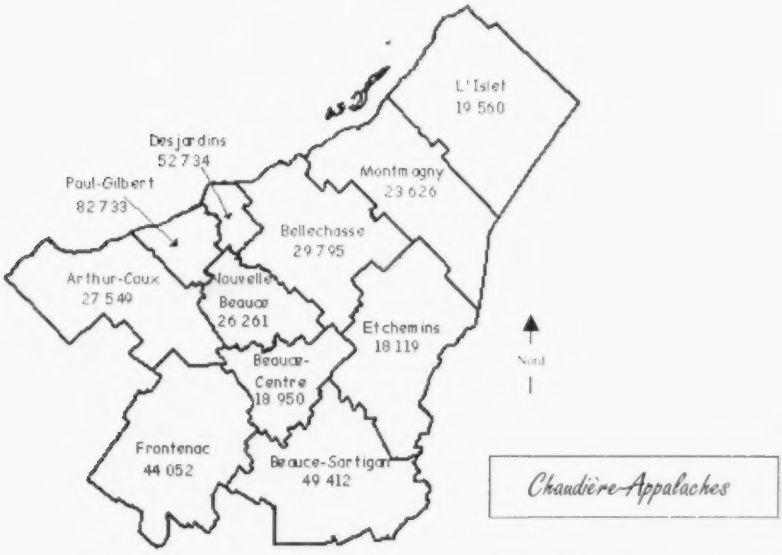
Source : MSSS et ISQ, projections de population de 2002 calculées à partir du recensement de 1996

Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSP (SR), 2003

Tableau 1
Correspondance entre l'appellation du territoire de CLSC dans la carte et le nom officiel du CLSC

APPELLATION DANS LA CARTE	NOM OFFICIEL DU CLSC
L'Islet	Les CLSC et CHSLD de la MRC L'Islet
Montmagny	Les C.L.S.C. et C.H.S.L.D. de la M.R.C. Montmagny
Bellechasse	Les CLSC et CHSLD de la MRC Bellechasse
Desjardins	CLSC Desjardins
Paul-Gilbert	Centre de santé Paul-Gilbert
Arthur-Caux	Centre de santé Arthur-Caux
Nouvelle Beauce	Les CLSC et CHSLD de la MRC Nouvelle Beauce
Beauce-Centre	CLSC Beauce-Centre
Etchemins	Centre de santé des Etchemins
Beauce-Sartigan	CLSC Beauce-Sartigan
Frontenac	CLSC Frontenac

Figure 1
Perspectives de population selon les territoires de CLSC
Chaudière-Appalaches, 2002



Note : **Afin de faciliter la lecture, le nom des territoires de CLSC a été abrégé. Un tableau de correspondance est toutefois joint à ce document.**

Source : MSSS et ISQ, projections de population de 2002 calculées à partir du recensement de 1996

Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSP (SR), 2003

Tableau 1
Correspondance entre l'appellation du territoire de CLSC dans la carte et le nom officiel du CLSC

APPELLATION DANS LA CARTE	NOM OFFICIEL DU CLSC
L'Islet	Les CLSC et CHSLD de la MRC L'Islet
Montmagny	Les C.L.S.C. et C.H.S.L.D. de la M.R.C. Montmagny
Bellechasse	Les CLSC et CHSLD de la MRC Bellechasse
Desjardins	CLSC Desjardins
Paul-Gilbert	Centre de santé Paul-Gilbert
Arthur-Caux	Centre de santé Arthur-Caux
Nouvelle Beauce	Les CLSC et CHSLD de la MRC Nouvelle Beauce
Beauce-Centre	CLSC Beauce-Centre
Etchemins	Centre de santé des Etchemins
Beauce-Sartigan	CLSC Beauce-Sartigan
Frontenac	CLSC Frontenac

ANNEXE C

Analyse des besoins de formation des omnipraticiens

Le 10 septembre 2001

À TOUS LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

Objet : Formation médicale sur les clientèles suicidaires

Bonjour,

Suite à un rapport du coroner sur les décès par suicide indiquant que les médecins omnipraticiens sont des acteurs-clés pour les prévenir, nous travaillons actuellement sur un projet pour aider les médecins à prévenir le suicide auprès de leur clientèle. Nous aimerions connaître vos besoins en répondant au court questionnaire ci-joint. Vos réponses seront traitées de façon confidentielle.

S.V.P. retourner votre questionnaire complété dès que possible à :

M^me^ Édith St-Hilaire
Responsable de la prévention du suicide
Direction de la santé publique
Télécopieur : (418) 774-4677

Nous vous remercions de votre collaboration.

Yvan Mathieu, md Louise Beaudry, md Édith St-Hilaire

YM/LB/ES/dbg

Questionnaire concernant vos besoins de formation en prévention du suicide (cochez vos réponses)

Votre pratique

➲ Une formation abordant la prévention du suicide comme thème, serait-elle souhaitable pour votre pratique ?
Oui : **109** Non : **12**

➲ **Aimeriez-vous travailler avec des outils vous permettant d'évaluer de façon plus précise et rapide l'urgence et le risque suicidaire ?**
Oui : **111** Non : **7**

Vos connaissances

➲ **Compte tenu de votre situation, serait-il important d'améliorer vos connaissances sur :**

A) **L'urgence suicidaire ?**
Très important : **37** Important : **71** Peu important : **11** Pas du tout important : **1**

B) **Le risque suicidaire ?**
Très important : **37** Important : **72** Peu important : **10** Pas du tout important: **1**

C) **Les moyens d'interventions ?**
Très important : **50** Important : **65** Peu important : **5** Pas du tout important : **0**

D) **Les implications légales lors d'un refus de coopérer d'un patient avec une urgence suicidaire élevée ?**
Très important : **72** Important : **43** Peu important : **6** Pas du tout important : **0**

E) **Comment détecter le patient suicidaire ?**
Très important : **50** Important : **62** Peu important : **7** Pas du tout important : **1**

Suggestions

➲ **Auriez-vous des commentaires ou des suggestions concernant vos besoins de formation en prévention du suicide?**

_____

_____

Retourner à l'attention d'Édith St-Hilaire par télécopieur : (418) 774-4677.

Ste-Marie Bce, le 17 octobre 2001

Objet: DEMANDE DE CRÉDITS DE FORMATION

Bonjour Dr Boucher,

Je vous fait parvenir une demande de crédits de catégorie 1. Pour ce faire, nous avons évalué les besoins de formation portant sur la prévention du suicide auprès des médecins généralistes de la région. Nous avons fait parvenir un sondage à 344 médecins et 124 d'entre eux nous ont répondu pour un taux de réponses de 36,06%. J'inclus un questionnaire et la synthèse du sondage qui révèle l'importance d'une formation sur ce sujet.

Je vous mentionne également que je travaille sur ce projet avec la Dre Louise Beaudry et Mme Édith St-Hilaire à la Régie régionale. La littérature semble aussi démontrée l'importance de la formation sur ce sujet auprès des médecins car ils sont souvent consultés par le patient suicidaire.

Je vous remercie de votre attention et je vous transmets mes salutations.

Dr Yvan Mathieu
1116 boul Vachon N.
Ste-Marie Bce
G6E-1N7

ANNEXE D

Grilles du risque et de l'urgence suicidaires

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
CHAUDIÈRE-APPALACHES

➢ *Le risque suicidaire est la probabilité que la personne qui signale son intention suicidaire passe à l'acte de façon mortelle dans les deux prochaines années.*

➢ *Le risque croît :*

- *s'il s'agit d'un homme, d'un adolescent ou d'une personne âgée;*
- *s'il y a des antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale;*
- *s'il existe des problèmes familiaux reliés à l'abus, la négligence ou d'autres formes sévères de dysfonctionnement familial;*
- *avec la présence de difficultés d'adaptation reliées à l'orientation sexuelle;*
- *si on note une consommation abusive de drogues, d'alcool ou de médicaments;*
- *s'il y a présence de maladie mentale;*
- *si la personne vit de l'inactivité, de l'isolement ou des pertes de toutes sortes.*

RISQUE FAIBLE

❶ ➢ La personne n'a jamais pensé au suicide pour elle-même.

❷ ➢ Le suicide se pose comme une question existentielle ou théorique, mais non comme une alternative en soi.

❸ ➢ La personne envisage vaguement le suicide.

➢ Elle n'a pas de carences particulières et ne traîne pas de crises anciennes non résolues.

➢ Elle peut avoir fait ou faire des tentatives de suicide mineures pour attirer l'attention sur sa souffrance ou pour avoir de l'aide : "signal d'un mal-être ".

RISQUE MOYEN

❹ ➢ La personne a subi une ou des pertes significatives à divers niveaux (familial, conjugal, professionnel, relationnel) et en est à sa première crise suicidaire importante.

➢ Elle pense très sérieusement au suicide alors qu'elle n'y avait jamais vraiment pensé comme alternative.

❺ ➢ La personne a des carences affectives depuis longtemps.

➢ Elle a fait des tentatives de suicide mineures et peut-être majeures.

❻ ➢ Elle a de nombreuses carences affectives et tentatives de suicide.

➢ La personne consomme souvent de l'alcool, des drogues ou médicaments qui lui servent à diminuer son angoisse et à calmer sa douleur.

RISQUE ÉLEVÉ

❼ ➢ La personne a de nombreuses carences affectives et a vécu des pertes et des échecs répétés.

➢ Elle a fait des dépressions et a eu des hospitalisations.

➢ Elle est toxicomane depuis une longue période.

➢ Elle a une dynamique très fragile et se déstructure très facilement.

❽ ➢ La personne est presque toujours désorganisée, déstructurée : elle est en constante adaptation face à ce qu'elle vit.

➢ Elle est totalement intolérante à la frustration, elle réagit par des tentatives de suicide, le plus souvent très dangereuses.

➢ Elle a une longue histoire suicidaire, plusieurs tentatives majeures et mineures.

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

- *Le risque suicidaire est la probabilité qu'une personne qui signale son intention suicidaire passe à l'acte de façon mortelle dans les deux proch*

- *Le risque [illegible]*

  - *s'il s'agit d'un homme, d'un adolescent ou d'une personne âgée;*
  - *s'il y a des antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale;*
  - *s'il existe des problèmes familiaux reliés à l'abus, la négligence ou d'autres formes sévères de dysfonctionnement familial;*
  - *avec la présence de difficultés d'adaptations reliées à l'orientation sexuelle;*
  - *s'il y a une consommation abusive de drogues, d'alcool ou de médicaments;*
  - *s'il y a présence de maladie mentale;*
  - *si la personne vit de l'inactivité, de l'isolement ou des pertes de toutes sortes.*

RISQUE FAIBLE

❶ - La personne n'a jamais pensé au suicide pour elle-même.

❷ - Le suicide se pose comme une question existentielle ou théorique, mais non comme une alternative en soi.

❸ - La personne envisage vaguement le suicide.
- Elle n'a pas de carences particulières et ne traîne pas de crises anciennes non résolues.
- Elle peut avoir fait ou faire des tentatives de suicide mineures pour attirer l'attention sur sa souffrance ou pour avoir de l'aide : "signal d'un mal-être ".

RISQUE MOYEN

❹ - La personne a subi une ou des pertes significatives à divers niveaux (familial, conjugal, professionnel, relationnel) et en est à sa première crise suicidaire importante.
- Elle pense très sérieusement au suicide alors qu'elle n'y avait jamais vraiment pensé comme alternative.

❺ - La personne a des carences affectives depuis longtemps.
- Elle a fait des tentatives de suicide mineures et peut-être majeures.

❻ - Elle a de nombreuses carences affectives et tentatives de suicide.
- La personne consomme souvent de l'alcool, des drogues ou médicaments qui lui servent à diminuer son angoisse et à calmer sa douleur.

RISQUE ÉLEVÉ

❼ - La personne a de nombreuses carences affectives et a vécu des pertes et des échecs répétés.
- Elle a fait des dépressions et a eu des hospitalisations.
- Elle est toxicomane depuis une longue période.
- Elle a une dynamique très fragile et se déstructure très facilement.

❽ - La personne est presque toujours désorganisée, déstructurée : elle est en constante adaptation face à ce qu'elle vit.
- Elle est totalement intolérante à la frustration, elle réagit par des tentatives de suicide, le plus souvent très dangereuses.
- Elle a une longue histoire suicidaire, plusieurs tentatives majeures et mineures.

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

RISQUE SUICIDAIRE (SUR 1 À 2 ANS)

NOM : _____

- Sexe : M ❍ F ❍
- Âge : Adolescent(e) ❍ Adulte ❍ Personne âgée ❍
- Homosexualité ❍ _____
- Statut marital : Célibataire ❍ Marié(e) ❍ Veuf(ve) ❍
- Consommation d'alcool ❍ _____
- Consommation de drogue ❍ _____
- Toxicomanie ❍ _____
- Consommation de médicaments ❍ _____
- Perte(s) dans la dernière année : Unique ❍ _____
  Multiples ❍ _____
- Échec(s) dans la dernière année : Unique ❍ _____
  Multiples ❍ _____
- Passé de carences affectives ❍ _____
- Maladie psychiatrique : Actuelle ❍ _____
  Dans le passé ❍ _____
  ATCD familiaux ❍ _____
- Trouble de personnalité ❍ _____
- Personnalité : désorganisée ❍ _____
  déstructurée ❍ _____
- Antécédent(s) suicidaire(s) ❍ _____
  - Isolé ❍ _____
  - Multiples ❍ _____
  - Méthode(s) ❍ _____
- Suicide(s) dans l'entourage ❍ _____
- Maladie(s) physique(s) ❍ _____
- Isolement social ❍ _____
- Antécédent(s) judiciaire(s) ❍ _____
- Antécédent(s) de violence ❍ _____
- Joueur excessif ❍ _____

_____ _____

Signature du médecin Date

RISQUE : R.S.

Faible: ❍ Moyen: ❍ Élevé: ❍

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

URGENCE SUICIDAIRE < **48** HEURES

NOM : _____

Cochez ✓ si élément à risque...

- Élément déclencheur ❍ _____
- Idées suicidaires : - Flash ❍ _____
  - Pensées occasionnelles (idéations) ❍ _____
  - Ruminations ❍ _____
- Plan organisé ❍ _____
  - Méthode ❍ _____
  - Moment choisi ❍ _____
  - Lieu ❍ _____
  - Disponibilité (arme à feu ?) ❍ _____
- Solution unique ❍ _____
- Attitudes lors du contact :
  - Cohérence des propos ❍ _____
  - Collaboration ❍ _____
  - Détresse : Faible ❍ Moyenne ❍ Élevée ❍
  - Désespoir : Faible ❍ Moyen ❍ Élevé ❍
  - Agressivité ❍ _____

J'autorise _____ à communiquer les renseignements des grilles d'évaluation de l'urgence et du risque suicidaire à _____

URGENCE : U.S.	
Faible:	❍ (1 à 3)
Moyenne:	❍ (4 à 5)
Élevée:	❍ (6 à 8)

_____ _____
Signature du patient Date

_____ _____
Signature du médecin Date

Si la personne présente une **urgence suicidaire élevée**, qu'elle présente un danger grave et immédiat pour elle ou pour autrui et qu'elle **refuse de consentir** aux soins requis par son état, alors la loi C-75 s'applique :

Contacter un intervenant d'un service d'aide en situation de crise pour demander à un agent de la paix d'amener la personne contre son gré dans un établissement de santé visé, afin qu'elle soit placée en garde préventive.

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

URGENCE FAIBLE

❶ VULNÉRABILITÉ ☐

- Recherche active de solutions mais pas d'idées suicidaires

❷ FLASHS SUICIDAIRES ☐

(Quelques secondes seulement)

- Bonne maîtrise de soi
- Fonctionne malgré l'anxiété provoquée par flashs

❸ IDÉATIONS SUICIDAIRES ☐

(Pensées suicidaires occasionnelles de quelques secondes à quelques minutes par jour)

- Crise difficile à gérer
- Absence de plan

URGENCE MOYENNE

❹ RUMINATIONS ☐

(Pensées constantes)

- Plan incomplet
- D'autres solutions sont envisageables

❺ PLAN ORGANISÉ DANS PLUS DE 48 HEURES ☐

- Peut accepter de réévaluer sa décision de mourir

URGENCE ÉLEVÉE

❻ PLAN ORGANISÉ DANS MOINS DE 48 HEURES ☐

- Préparatifs en cours
- Seule solution possible

❼ DANGER IMMÉDIAT ☐

- Moyen disponible

❽ TENTATIVE EN COURS ☐

- Le geste est posé

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
CHAUDIÈRE APPALACHES

URGENCE FAIBLE

❶ VULNÉRABILITÉ ☐

- Recherche active de solutions mais pas d'idées suicidaires

❷ FLASHS SUICIDAIRES ☐

(Quelques secondes seulement)

- Bonne maîtrise de soi
- Fonctionne malgré l'anxiété provoquée par flashs

❸ IDÉATIONS SUICIDAIRES ☐

(Pensées suicidaires occasionnelles de quelques secondes à quelques minutes par jour)

- Crise difficile à gérer
- Absence de plan

URGENCE MOYENNE

❹ RUMINATIONS ☐

(Pensées constantes)

- Plan incomplet
- D'autres solutions sont envisageables

❺ PLAN ORGANISÉ DANS PLUS DE 48 HEURES ☐

- Peut accepter de réévaluer sa décision de mourir

URGENCE ÉLEVÉE

❻ PLAN ORGANISÉ DANS MOINS DE 48 HEURES ☐

- Préparatifs en cours
- Seule solution possible

❼ DANGER IMMÉDIAT ☐

- Moyen disponible

❽ TENTATIVE EN COURS ☐

- Le geste est posé

ANNEXE E

Présentation Power Point de la formation

Formation médicale en prévention du suicide

- ✓ *Dr. Louise Beaudry. Centre de Santé Arthur-Caux*
- ✓ *Dr. Yvan Mathieu. Clinique Médico-Santé Ste-Marie*
- ✓ *Édith St-Hilaire. responsable du dossier à la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches*

DÉCÈS PAR SUICIDE

- 1re cause chez les hommes de 15-39 ans
- 80 % sont des hommes
- 80 % avaient une maladie psychiatrique
- 30-50 % avaient des problèmes d'abus de substances
- 40-60 % avaient consulté un médecin dans les 30 jours précédant l'acte

FIGURE 1

La progression des causes de mortalité chez les hommes de 20 à 40 ans au Québec (1989-1998)

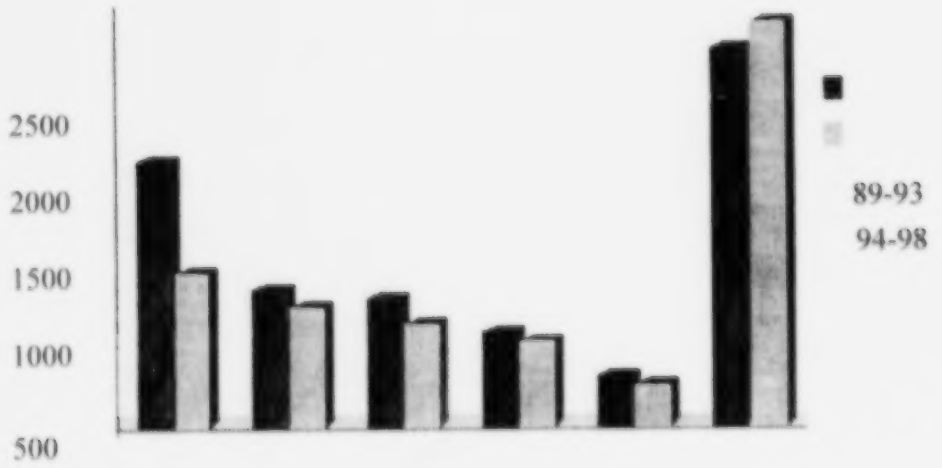
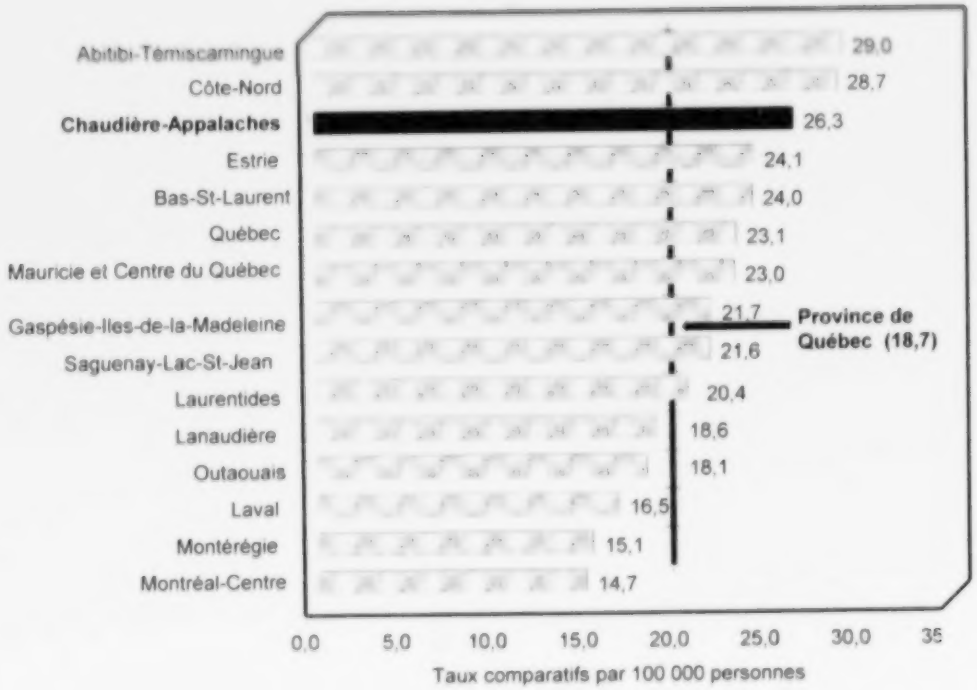


FIGURE 2

Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes selon les régions du Québec, moyenne 1995-1996-1997



INTRODUCTION

- **Points de services consultés :**
  - **Urgences psychiatriques**
  - **Cabinet du médecin**
  - **Urgences générales**
- **Chaudière-Appalaches au 3e rang**
- **Rôle stratégique de l'omnipraticien au niveau du dépistage et du traitement**

CLIENTÈLE MASCULINE

- Tendance à régler lui-même les problèmes
- Image de réussite primordiale :
  - Travail
  - Compétence
- Conjointe = La seule confidente
- Consulte souvent sur recommandation de leur conjointe
- Consulte quand rendu peu fonctionnel

SIG : E CAPS.

- S: sommeil
- I : intérêt
- G: guilty ou grande culpabilité
- E : énergie
- C : concentration
- A : appétit
- P : psychomoteur
- S : suicide (ruminations sur la mort)

CRITÈRES DU DSM IV

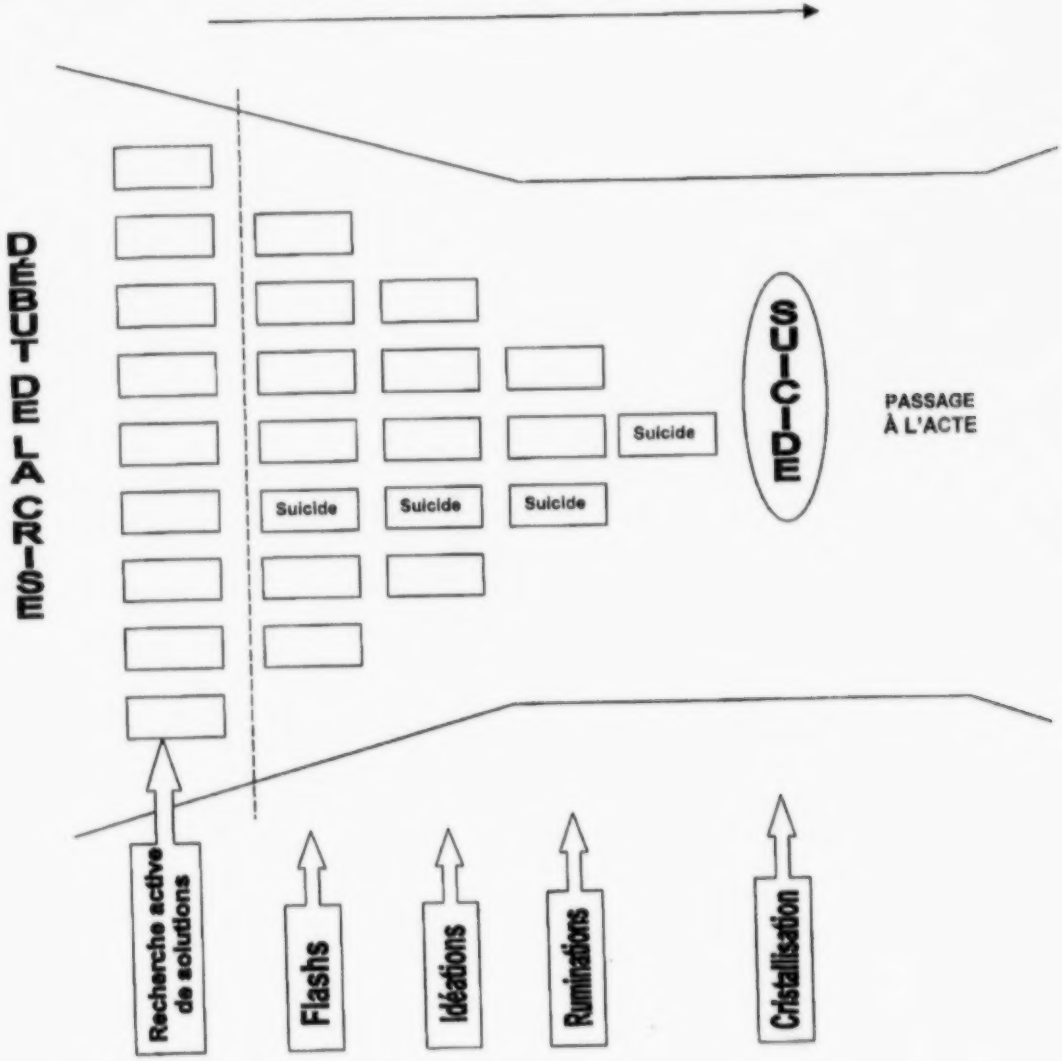
- **Pour un diagnostic de dépression majeure, il faut obligatoirement :**
  - **Humeur dépressive ou perte d'intérêt;**
    - **Accompagnée d'au moins 4 autres symptômes du sig. E caps**
    - **Depuis au moins 2 semaines**

PROCESSUS SUICIDAIRE

- Processus où l'idée suicidaire prend de plus en plus de place car d'autres solutions ont été éliminées

- L'idée suicidaire finit par être perçue comme étant l'ultime solution pour mettre fin à ses douleurs et résoudre les problèmes

SCHÉMATISATION DU PROCESSUS SUICIDAIRE
Accroissement de l'angoisse



Légende : ▭ = solution perçue

N.B. Le processus suicidaire peut être bloqué en tout temps si la personne obtient de l'aide ou trouve une solution adéquate.

Adapté de SÉGUIN et PHANEUF, 1987, dans Lyse LAVOIE (1992-1993).

DONC :

La personne suicidaire ne recherche pas la mort mais la fin de sa souffrance

POTENTIEL SUICIDAIRE

- Risque Suicidaire (R.S.)
- Urgence Suicidaire (U.S.)

RISQUE SUICIDAIRE

- **Probabilité de passer à l 'acte dans les 2 prochaines années**

URGENCE SUICIDAIRE

- **Probabilité de passer à l'acte de façon mortelle dans les <u>48 prochaines heures</u>**
  - **Fluctuante et situationnelle, elle varie constamment**

RISQUE FAIBLE

❶ ➢ La personne n'a jamais pensé au suicide pour elle-même.

❷ ➢ Le suicide se pose comme une question existentielle ou théorique, mais non comme une alternative en soi.

❸ ➢ La personne envisage vaguement le suicide.

➢ Elle n'a pas de carences particulières et ne traîne pas de crises anciennes non résolues.

➢ Elle peut avoir fait ou faire des tentatives de suicide mineures pour attirer l'attention sur sa souffrance ou pour avoir de l'aide : "signal d'un mal-être ".

RISQUE MOYEN

❹ ➢ La personne a subi une ou des pertes significatives à divers niveaux (familial, conjugal, professionnel, relationnel) et en est à sa première crise suicidaire importante.

➢ Elle pense très sérieusement au suicide alors qu'elle n'y avait jamais vraiment pensé comme alternative.

❺ ➢ La personne a des carences affectives depuis longtemps.

➢ Elle a fait des tentatives de suicide mineures et peut-être majeures.

❻ ➢ Elle a de nombreuses carences affectives et tentatives de suicide.

➢ La personne consomme souvent de l'alcool, des drogues ou médicaments qui lui servent à diminuer son angoisse et à calmer sa douleur.

RISQUE ÉLEVÉ

❼ ➢ La personne a de nombreuses carences affectives et a vécu des pertes et des échecs répétés.

➢ Elle a fait des dépressions et a eu des hospitalisations.

➢ Elle est toxicomane depuis une longue période.

➢ Elle a une dynamique très fragile et se déstructure très facilement.

❽ ➢ La personne est presque toujours désorganisée, déstructurée : elle est en constante adaptation face à ce qu'elle vit.

➢ Elle est totalement intolérante à la frustration, elle réagit par des tentatives de suicide, le plus souvent très dangereuses.

➢ Elle a une longue histoire suicidaire, plusieurs tentatives majeures et mineures.

RISQUE MOYEN

RISQUE ÉLEVÉ

❶ ➢ La personne n'a jamais pensé au suicide pour elle-même.

❷ ➢ Le suicide se pose comme une question existentielle ou théorique, mais non comme une alternative en soi.

❸ ➢ La personne envisage vaguement le suicide.

➢ Elle n'a pas de carences particulières et ne traîne pas de crises anciennes non résolues.

➢ Elle peut avoir fait ou faire des tentatives de suicide mineures pour attirer l'attention sur sa souffrance ou pour avoir de l'aide : "signal d'un mal-être".

❹ ➢ La personne a subi une ou des pertes significatives à divers niveaux (familial, conjugal, professionnel, relationnel) et en est à sa première crise suicidaire importante.

➢ Elle pense très sérieusement au suicide alors qu'elle n'y avait jamais vraiment pensé comme alternative.

❺ ➢ La personne a des carences affectives depuis longtemps.

➢ Elle a fait des tentatives de suicide mineures et peut-être majeures.

❻ ➢ Elle a de nombreuses carences affectives et tentatives de suicide.

➢ La personne consomme souvent de l'alcool, des drogues ou médicaments qui lui servent à diminuer son angoisse et à calmer sa douleur.

❼ ➢ La personne a de nombreuses carences affectives et a vécu des pertes et des échecs répétés.

➢ Elle a fait des dépressions et a eu des hospitalisations.

➢ Elle est toxicomane depuis une longue période.

➢ Elle a une dynamique très fragile et se déstructure très facilement.

❽ ➢ La personne est presque toujours désorganisée, déstructurée : elle est en constante adaptation face à ce qu'elle vit.

➢ Elle est totalement intolérante à la frustration, elle réagit par des tentatives de suicide, le plus souvent très dangereuses.

➢ Elle a une longue histoire suicidaire, plusieurs tentatives majeures et mineures.

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

RISQUE SUICIDAIRE (SUR 1 À 2 ANS)

NOM : _____

- Sexe : M ❍ F ❍
- Âge : Adolescent(e) ❍ Adulte ❍ Personne âgée ❍
- Homosexualité ❍ _____
- Statut marital : Célibataire ❍ Marié(e) ❍ Veuf(ve) ❍
- Consommation d'alcool ❍ _____
- Consommation de drogue ❍ _____
- Toxicomanie ❍ _____
- Consommation de médicaments ❍ _____
- Perte(s) dans la dernière année : Unique ❍ _____
  Multiples ❍ _____
- Échec(s) dans la dernière année : Unique ❍ _____
  Multiples ❍ _____
- Passé de carences affectives ❍ _____
- Maladie psychiatrique : Actuelle ❍ _____
  Dans le passé ❍ _____
  ATCD familiaux ❍ _____
- Trouble de personnalité ❍ _____
- Personnalité : désorganisée ❍ _____
  déstructurée ❍ _____
- Antécédent(s) suicidaire(s) ❍ _____
  - Isolé ❍ _____
  - Multiples ❍ _____
  - Méthode(s) ❍ _____
- Suicide(s) dans l'entourage ❍ _____
- Maladie(s) physique(s) ❍ _____
- Isolement social ❍ _____
- Antécédent(s) judiciaire(s) ❍ _____
- Antécédent(s) de violence ❍ _____
- Joueur excessif ❍ _____

_____ _____

Signature du médecin Date

RISQUE : R.S.		
Faible : ❍	Moyen : ❍	Élevé : ❍

URGENCE FAIBLE

URGENCE MOYENNE

URGENCE ÉLEVÉE

❶ VULNÉRABILITÉ ☐

➢ Recherche active de solutions mais pas d'idées suicidaires

❷ FLASHS SUICIDAIRES ☐

(Quelques secondes seulement)

➢ Bonne maîtrise de soi
➢ Fonctionne malgré l'anxiété provoquée par flashs

❸ IDÉATIONS SUICIDAIRES ☐

(Pensées suicidaires occasionnelles de quelques secondes à quelques minutes par jour)

➢ Crise difficile à gérer
➢ Absence de plan

❹ RUMINATIONS ☐

(Pensées constantes)

➢ Plan incomplet
➢ D'autres solutions sont envisageables

❺ PLAN ORGANISÉ DANS PLUS DE 48 HEURES ☐

➢ Peut accepter de réévaluer sa décision de mourir

❻ PLAN ORGANISÉ DANS MOINS DE 48 HEURES ☐

➢ Préparatifs en cours
➢ Seule solution possible

❼ DANGER IMMÉDIAT ☐

➢ Moyen disponible

❽ TENTATIVE EN COURS ☐

➢ Le geste est posé

URGENCE MOYENNE

URGENCE ÉLEVÉE

❶ VULNÉRABILITÉ ☐

- Recherche active de solutions mais pas d'idées suicidaires

❷ FLASHS SUICIDAIRES ☐

(Quelques secondes seulement)

- Bonne maîtrise de soi
- Fonctionne malgré l'anxiété provoquée par flashs

❸ IDÉATIONS SUICIDAIRES ☐

(Pensées suicidaires occasionnelles de quelques secondes à quelques minutes par jour)

- Crise difficile à gérer
- Absence de plan

❹ RUMINATIONS ☐

(Pensées constantes)

- Plan incomplet
- D'autres solutions sont envisageables

❺ PLAN ORGANISÉ DANS PLUS DE 48 HEURES ☐

- Peut accepter de réévaluer sa décision de mourir

❻ PLAN ORGANISÉ DANS MOINS DE 48 HEURES ☐

- Préparatifs en cours
- Seule solution possible

❼ DANGER IMMÉDIAT ☐

- Moyen disponible

❽ TENTATIVE EN COURS ☐

- Le geste est posé

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

URGENCE SUICIDAIRE < **48** HEURES

NOM : _____

Cochez ✓ si élément à risque...

- Élément déclencheur ❍ _____
- Idées suicidaires : - Flash ❍ _____
  - Pensées occasionnelles (idéations) ❍ _____
  - Ruminations ❍ _____
- Plan organisé ❍ _____
  - Méthode ❍ _____
  - Moment choisi ❍ _____
  - Lieu ❍ _____
  - Disponibilité (arme à feu ?) ❍ _____
- Solution unique ❍ _____
- Attitudes lors du contact :
  - Cohérence des propos ❍ _____
  - Collaboration ❍ _____
  - Détresse : Faible ❍ Moyenne ❍ Élevée ❍
  - Désespoir : Faible ❍ Moyen ❍ Élevé ❍
  - Agressivité ❍ _____

J'autorise _____ à communiquer les renseignements des grilles d'évaluation de l'urgence et du risque suicidaire à _____

_____ _____
Signature du patient Date

_____ _____
Signature du médecin Date

URGENCE : U.S.

Faible: ❍ (1 à 3)
Moyenne: ❍ (4 à 5)
Élevée: ❍ (6 à 8)

Si la personne présente une **urgence suicidaire élevée**, qu'elle présente un danger grave et immédiat pour elle ou pour autrui et qu'elle **refuse de consentir** aux soins requis par son état, alors la loi C 75 s'applique :

Contacter un intervenant d'un service d'aide en situation de crise pour demander à un agent de la paix d'amener la personne contre son gré dans un établissement de santé visé, afin qu'elle soit placée en garde préventive.

ATTITUDES

- Garder son calme
- Intervenir de façon active, dans de brefs délais
- Être directif si l'urgence est élevée
- Être respectueux de la souffrance

ATTITUDES (suite)

- Être respectueux du rythme de la personne
- Favoriser l'engagement et l'implication du patient
- Être authentique

ATTITUDES (suite)

- Transmettre l'espoir
- Transmettre à la personne suicidaire notre position de non-acceptation face au suicide

QUOI FAIRE SI UNE PERSONNE NOUS FAIT PART DE SES INTENTIONS SUICIDAIRES?

- **ÉTABLIR LE CONTACT AVEC ELLE**
- **ABORDER OUVERTEMENT LE SUJET**
- **ÉVALUER LE RISQUE ET L'URGENCE**

URGENCE FAIBLE OU MOYENNE

- Flashs suicidaires
- Ruminations sans menace de passage à l'acte dans les prochains jours

- **Continuer votre intervention :**
  - désamorcer la crise
  - explorer la situation
  - se centrer sur un aspect
  - identifier des alternatives
  - réévaluer l'urgence
  - prévoir un autre contact
  - établir des mesures de protection
- **Référer au besoin, à l'une des ressources suivantes :**
  - Centre d'écoute ☎ _____
  - *CLSC ☎ _____
  - Urgence-Détresse ☎ _____
  - Autres organismes appropriés:

_____

_____

URGENCE ÉLEVÉE

- Le suicide est planifié
- Le passage à l'acte est prévu dans les 48 heures
- La tentative est en cours

- **Continuer votre intervention :**
  - désamorcer la crise
  - explorer la situation
  - se centrer sur un aspect
  - identifier des alternatives
  - réévaluer l'urgence
  - prévoir un autre contact
  - établir des mesures de protection
- **S'assurer de l'accompagnement au besoin vers une ressource appropriée :**
  - *CLSC ☎ _____
  - Urgence-Détresse ☎ _____
  - CH ☎ _____
  - Autres organismes appropriés :

- **Contacter dans les plus brefs délais, l'un des services d'urgence :**
  - 911
  - Ambulance ☎ _____
  - Police ☎ _____
  - CH ☎ _____

* **Remettre au patient à risque suicidaire, une prescription écrite de suivi psychosocial**

LA PERSONNE REFUSE DE COLLABORER

MOINS DE 18 ANS

- Aviser les parents.
- Si ceux-ci ne prennent pas les mesures appropriées :

☞ Signaler la situation à la DPJ ☎ _____

Si le danger est trop immédiat, contacter :

- Ambulance ☎ _____
- Police ☎ _____

ADULTE

- Contacter immédiatement l'une des ressources suivantes :
  - CLSC ☎ _____
  - Urgence-Détresse ☎ _____

Si le danger est trop immédiat, contacter :

- Ambulance ☎ _____
- Police ☎ _____

POSSESSION D'ARMES À FEU

- Augmente de 5 fois le risque de décès par suicide
- Augmente de 3 fois le risque d'homicide

Suicides complétés

- 92 % avec les armes à feu
- 35 % avec les médicaments

1re PROPOSITION

- Confier l'arme à une personne de l'entourage qui a un permis de possession d'arme et un endroit sécuritaire pour l'entreposer

2e PROPOSITION

- La faire détruire par la police, s'il veut s'en départir

3e PROPOSITION

- Exceptionnellement, renoncer temporairement à ses armes de collection dans un poste de police

RESPONSABILITÉS LÉGALES

- En premier lieu, la charte québécoise des droits et libertés de la personne stipule que toute personne a l'obligation de porter secours à un être humain dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours (Art. 2)

- Par la suite, le consentement aux soins est essentiel. Une personne ne peut être soumise à des soins de quelque nature que ce soit sans son consentement. Toutefois, lorsque la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, les dispositions de la loi C-75 permet une intervention contre son gré.

<table>
<tr><th>LA PERSONNE SUICIDAIRE CONSENT AUX SOINS REQUIS PAR SON ÉTAT</th><th colspan="2">LA PERSONNE SUICIDAIRE REFUSE DE CONSENTIR AUX SOINS REQUIS PAR SON ÉTAT</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Personne de moins de 14 ans :
Consentement donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.
Personne de 14 ans et plus :
Le consentement peut être donné par elle.
Accessibilité aux soins et services</td><td colspan="2">L'urgence suicidaire est élevée, la personne présente un danger grave et immédiat pour elle ou autrui</td></tr>
<tr><td>MOINS DE 18 ANS
Aviser les parents;
Si les parents ne prennent pas les mesures appropriées :
Aviser le directeur de la Protection de la jeunesse (DPJ) (Loi sur la protection de la jeunesse), afin que des mesures adéquates soient mises en œuvre,</td><td>18 ANS ET PLUS
Contacter un intervenant d'un service d'aide en situation de crise (Loi C-75) pour demander à un agent de la paix d'amener la personne contre son gré dans un établissement de santé visé, afin qu'elle soit placée en garde préventive.</td></tr>
<tr><td>OU
Utiliser les dispositions de la loi C-75 qui s'appliquent à toute personne sans distinction d'âge.
Contacter un intervenant d'un service d'aide en situation de crise, pour demander à un agent de la paix d'amener la personne contre son gré en garde préventive.
Si aucun intervenant d'un tel service n'est disponible, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur d'un mineur de moins de 18 ans peut demander l'intervention de l'agent de la paix.
Le médecin peut communiquer directement avec le 911.</td><td>Si aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible en temps utile, le représentant légal (mandataire, tuteur ou curateur), le conjoint, un proche parent ou une personne qui démontre un intérêt pour la personne, peut demander l'intervention de l'agent de la paix.
Le médecin peut communiquer directement avec le 911.</td></tr>
</table>

S'ASSURER QUE LA CRISE EST DÉSAMORCÉE

- ✧ La personne accepte d'être aidée
- ✧ Baisse du niveau de tension
  - Alternatives au suicide
  - Motivée à entreprendre des démarches
  - Diminution de l'urgence suicidaire
  - Conclusion d'un pacte de non-suicide
  - Accepte de fixer un autre rendez-vous
  - Semble retrouver de l'espoir

CRISE DÉSAMORCÉE

- Cela n'équivaut pas à une crise résolue
- Garder contact ou retourner la personne à son médecin
- Référer à une personne-ressource
  - T.S.
  - Psychologue
  - Psychiatre
  - Urgence-Détresse

RÉFÉRENCES

- Le médecin doit s'assurer d'un suivi médical
- Orienter le patient pour un suivi psychosocial

PRESCRIPTION

- **Indiquer le R.S. et l'U.S. Sur une prescription remise au patient :**

  - **Exemple : Suivi psychosocial**

    RS: élevé

    US: 3

Centre de santé Arthur-Caux
Les CLSC et CHSLD de la MRC de Lotbinière

135, de la Station
Laurier-Station (Québec)
G0S 1N0
Tél.: (418) 728-3435

MÉDECINE FAMILIALE

Pour Prénom Nom

Adresse Ici

Date Aujourd'hui

℞

1) Suivi psycho-social
R.S. élevé
U.S. 4

Signature
007

RENOUVELABLE	1	2	3	4	5		NR

ISC-1552

FACE À LA SOUFFRANCE, LE M.D. DOIT ÊTRE CONSCIENT QUE :

- Le suicide l'interpelle comme professionnel, mais aussi de façon personnelle
- Il sera bousculé dans ses sentiments, ses croyances et ses valeurs
- Il devra rester à l'écoute de ce qu'il ressent

ÊTRE CONSCIENT QUE :

- La personne aidée se bat contre la souffrance, et non contre la mort
- Sa douleur prendra du temps à s'estomper

RESPECTER NOS LIMITES

- Le patient est responsable de son cheminement et de ses actions
- Faire appel à son réseau naturel
- Prendre le temps et respecter le rythme de la personne
- Reconnaître que nous agissons au meilleur de nos connaissances

NE PAS AGIR SEUL

- Consulter au besoin un collègue pour partager
- Utiliser les mécanismes de support à l'intervention de notre milieu
- Être réaliste et référer au besoin
- Prendre soin de notre santé physique et émotionnelle

CONCLUSION

- L'objectif de diminuer le taux de suicide dans notre région est réaliste
- Toute personne suicidaire qui demande de l'aide doit trouver rapidement réponse à ses besoins
- Sous aucun prétexte, elle ne doit être transférée d'une ressource à l'autre sans suivi et prise en charge

Table des matières du document de formation médicale

FORMATION MÉDICALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS ii

INTRODUCTION 1

1. STATISTIQUES 2

2. LE PROCESSUS SUICIDAIRE 7

3. CLIENTÈLE MASCULINE 11

4. SIGNES PRÉCURSEURS 12

4.1 SIGNES GÉNÉRAUX 12
4.2 DÉPRESSION 13

5. ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE 14

5.1 ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE 14
5.2 ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE 14

6. ÉVALUATION DU POTENTIEL HOMICIDAIRE 19

7. INTERVENTION AUPRÈS D'UNE PERSONNE À POTENTIEL SUICIDAIRE 20

7.1 ATTITUDES 20
7.2 QUOI FAIRE? 20
7.3 POSSESSION D'ARMES À FEU 22
7.4 S'ASSURER QUE LA CRISE EST DÉSAMORCÉE 22
7.5 RÉFÉRENCES 23
7.6 RESPONSABILITÉS 23
7.7 CONVICTIONS 25

8. RESPECTER NOS LIMITES ET NE PAS AGIR SEUL 26

CONCLUSION 27

ANNEXE : ressources en prévention du suicide 28

LISTE DES RÉFÉRENCES 40

ANNEXE 6

Plan de la rencontre avec l'accueil des CLSC

PLAN DE LA RENCONTRE AVEC LES CLSC

1. Introduction et présentation

- RRSSS Chaudières/Appalaches;
- Édith St-Hilaire, agente de planification en santé mentale et 2 médecins, Yvan Mathieu et Louise Beaudry;
- Les 2 médecins font la tournée des omnipraticiens de la région 12;
- 1re escale à chaque AEO des CLSC de la région visitée;
- Le but est de diminuer le taux de suicide dans la région 12 en améliorant le dépistage médical, étant donné que les études montrent que 40 à 60 % des suicidés avaient consulté un médecin dans les 30 jours auparavant.

2. Présentation de notre document de formation médicale et des 4 grilles d'évaluation

3. Messages que nous voulons passer

a) Le suicide est un problème important en gravité et en fréquence;
b) Les médecins pourraient dépister plus le potentiel suicidaire des gens qui consultent;
c) Tous les médecins sont concernés étant donné que la clientèle à risque regroupe les hommes, les gens avec des diagnostics psychiatriques dont la dépression et ceux qui abusent de substances (alcool, drogues et médicaments);
d) Sensibiliser au grand risque de suicide en présence d'armes à feu;
e) L'utilisation des grilles d'évaluation du potentiel suicidaire permet d'avoir une évaluation complète plus rapide et facilement accessible. La possibilité de pouvoir les reproduire remplies, avec l'autorisation du patient, fait qu'elles deviennent un excellent outil de communication entre les intervenants;
f) Comment fonctionner avec les intervenants psychosociaux du CLSC de la région.

4. Communication AEO-médecins

a) Comment préférez-vous fonctionner :
b) Demande par téléphone par le patient? ou par le médecin ?
c) Demande par télécopie ? par la poste?
d) À qui doit-on les adresser ? les référer ?
e) Prescription : suivi psychosocial : ex: I.S. élevé, U.R. 3
f) Êtes-vous intéressé(e)s à avoir une copie des grilles d'évaluation du potentiel suicidaire remplies par les médecins ?
g) Est-ce que les gens de l'AEO sont aptes de référer les patients qu'ils évaluent à leur médecin de famille plutôt qu'au médecin du sans rendez-vous ?

5. Comment est-ce que ça fonctionne au CLSC ?

a) Qui répond à urgence-détresse le jour ?
b) Délai d'attente au téléphone pour un médecin qui appelle à l'AEO ? Peut-il s'éviter la boîte vocale ?
c) Délai d'attente au téléphone pour un médecin qui téléphone à Urgence-Détresse ?
d) Y a-t-il vraiment un mécanisme de relance aux 48 heures si urgence suicidaire moyenne ?
e) Y a-t-il vraiment des possibilités d'accompagnement par urgence-détresse au centre hospitalier pour les urgences suicidaires élevées ?
f) Après une évaluation ou hospitalisation, y a-t-il une relance par l'équipe psychosociale ?
g) Quel est le délai dans la liste d'attente pour un suivi psychosocial ?
h) Existe-t-il des outils disponibles que vous aimeriez faire connaître ? ex. : carte d'Urgence-Détresse

6. Conclusion

ANNEXE H

Tableau-synthèse des évaluations de la formation

Médecin A

TOTAL : 31 présences

Thème de l'activité : Formation médicale en prévention du suicide — Lieu : _____

Organisé par : DSSSS de Chaudière-Appalaches — Date (s) : _____

Ville ou région où vous exercez : _____ — Année de graduation : _____ Sexe : M ❑ F ❑

Encerclez la case appropriée : Omnipraticien ❑ Résident ❑ Autre ❑ spécifiez : _____ Accès au ressourcement ❑

Secteur principal d'activité : CABINET ❑ CLSC ❑ CHSGS ❑ CHSLD ❑ SANTÉ PUBLIQUE ❑ UMF ❑ AUTRE : _____

Niveaux : A (excellent) B (bon) C (passable) D (mauvais)

Encerclez la valeur correspondant à votre évaluation

Logistique				
Organisation générale	A 14	B 6	C	D
Documentation remise	A 17	B 3	C	D
Fonctionnalité des locaux	A 15	B 4	C	D
Qualité de l'audiovisuel	A 15	B 5	C	D
Programme				
Pertinence des (du) sujet (s) proposé (s)	A 20	B	C	D
Pertinence de l'(des) objectif (s) énoncé (s)	A 20	B	C	D
Pertinence de la (des) méthode (s) éducative (s)	A 19	B 1	C	D

Autres sujets sur le même thème : _____

Autres thèmes suggérés : _____

SVP, veuillez écrire en caractères d'imprimerie et utiliser un crayon à l'encre. Au terme de cette activité,

❑ je le conseillerais pour les raisons suivantes : _____

❑ je le déconseillerais pour les raisons suivantes : _____

Autres commentaires et suggestions constructives (veuillez utiliser le verso)

Je désire agir comme conférencier Oui ❑

Je désire agir comme directeur scientifique Oui ❑

Nom et n° de permis : _____

SUJET (S) ET CONFÉRENCIER (C)	Pertinence du contenu	Atteinte des objectifs	Clarté de la présentation	Aptitude à communiquer du conférencier	Suffisance de l'interaction	Suffisance de la documentation	Effet de la présentation sur ma pratique
S : _____	19	14	17	17	16	15	11
C : _____	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D

J'identifie : a) sujet (s) spécifique (s) suivant (s) : _____

b) changement (s) éventuel (s) dans ma pratique : _____

Médecin B

TOTAL : 55 médecins

Thème de l'activité : Formation médicale en prévention du suicide Lieu : _____

Organisé par : RRSS de Chaudière-Appalaches Date (s) : _____

Ville ou région où vous exercez : _____ Année de graduation : _____ Sexe : M ❑ F ❑

Cocher la case appropriée : Omnipraticien ❑ Résident ❑ Autre ❑ spécifiez : _____ Accès au ressourcement ❑

Secteur principal d'activité : CABINET ❑ CLSC ❑ CHSGS ❑ CHSLD ❑ SANTÉ PUBLIQUE ❑ UMF ❑ AUTRE : _____

Niveaux :

A (excellent) B (bon) C (passable) D (mauvais)

Encercler la valeur correspondant à votre évaluation

Logistique				
Organisation générale	A 25	B 11	C	D
Documentation remise	A 32	B 4	C	D
Fonctionnalité des locaux	A 22	B 13	C	D
Qualité de l'audiovisuel	A 27	B 6	C	D
Programme				
Pertinence du (des) sujet (s) proposé (s)	A 31	B 2	C	D
Pertinence de l'(des) objectif (s) éducatif (s)	A 29	B 7	C	D
Pertinence de la (des) méthode (s) éducative (s)	A 24	B 11	C	D

SVP, veuillez écrire en caractères d'imprimerie et utiliser un crayon à l'encre. Au terme de cette activité,

❑ je le conseillerais pour les raisons suivantes :

_____

_____

_____

_____

❑ je le déconseillerais pour les raisons suivantes :

_____

_____

_____

_____

Autres commentaires et suggestions constructives (veuillez utiliser le verso)

Autres sujets sur le même thème

_____

_____

_____

_____

Autres thèmes suggérés

_____

_____

_____

_____

Je désire agir comme conférencier Oui ❑

Je désire agir comme directeur scientifique Oui ❑

Nom et n° de permis : _____

SUJET (S) ET CONFÉRENCIER (C)	Pertinence du contenu	Atteinte des objectifs	Clarté de la présentation	Aptitude à communiquer du conférencier	Suffisance de l'interaction	Suffisance de la documentation	Effet de la présentation sur ma pratique
S : _____	25 6	26 0 1	11 12	23 12 2	25 7 2 1	31 5	18 14 3
C : _____	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D

J'aimerais : a) savoir (s) supplémentaire (s) relative (s) : _____ b) changement (s) éventuel (s) dans ma pratique : _____

Formulaire d'évaluation révisé en août 2001

Lettre acheminée aux médecins omnipraticiens de la région

Le 4 février 2003

À TOUS LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
DE LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

Objet : Prévention du suicide dans la région de la Chaudière-Appalaches

Madame, Monsieur,

Nous profitons de la Semaine Nationale de prévention du suicide pour vous remettre un outil réalisé par la Direction de santé publique de Montréal-Centre et conçu spécifiquement pour les médecins. Cet outil résume les dangers reliés à la présence d'une arme à feu à domicile et suggère des interventions à poser lors de situations potentiellement dangereuses pour vos patients.

Le D' Yvan Mathieu ou le D^re^ Louise Beaudry vous ont peut-être déjà contacté dans le cadre de notre tournée régionale de formation médicale en prévention du suicide. Dans le cas contraire, ils communiqueront avec vous sous peu pour vous proposer une rencontre. Cette formation médicale, accréditée par la FMOQ, s'inscrit à l'intérieur de notre Plan d'action régional pour prévenir le suicide.

Le contenu de l'outil ci-joint est également inclus dans le document de formation médicale remis lors de la formation. Toutefois nous croyons que cet outil demeure une synthèse intéressante en ce qui a trait aux armes à feu.

Nous espérons que la formation médicale en prévention du suicide ainsi que l'outil ci-joint répondent aux besoins exprimés par les médecins de la région à ce sujet.

Veuillez recevoir, madame, monsieur, nos sincères salutations.

Édith St-Hilaire
Responsable de la prévention
du suicide à la Direction de santé publique

Yvan Mathieu, md

Louise Beaudry, md

ES/LB/YM/dbg